

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1951

THESE

N° 284

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André, René BIDAULT

Né le 14 Juillet 1920, à Paris-13°

Présentée et soutenue publiquement le 16 AVRIL 1951

KYSTES INTRA-MAXILLAIRES DE LA REGION INCISIVE SUPERIEURE

PAR INCLUSIONS ÉPITHÉLIALES
SANS RAPPORT AVEC LA LAME DENTAIRE

Président : M. GIROUD, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1951

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1951

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André, René BIDAULT

Né le 14 Juillet 1920, à Paris-13°

Présentée et soutenue publiquement le 19

**KYSTES INTRA-MAXILLAIRES
DE LA REGION INCISIVE SUPERIEURE**

**PAR INCLUSIONS ÉPITHÉLIALES
SANS RAPPORT AVEC LA LAME DENTAIRE**

Président : M. GIROUD, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1951



DOYENS HONORAIRES

MM. Balthazard, Baudouin

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Balthazard, Basset, Baudouin, Brindeau, E. Brumpt, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Guillain, Hartmann, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lhermitte, Loeper, Marion, Mathieu, Mulon, Ombrédanne, Rouvière, Sannié, Sébilleau, Sézary, Tanon

DOYEN. Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	OLIVIER (E.)
Anatomie pathologique	LEROUX (R.)
Bactériologie	GASTINEL (P.)
Biologie médicale	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale	HUGUENIN (R.)
Carcinologie	OBERLING (C.)
Chimie médicale	POLONOVSKI (M.)
Cliniques chirurgicales	Hôtel-Dieu BROCC (P.)
	Saint-Antoine CADENAT (F.)
	Salpêtrière MONDOR (H.)
	Cochin QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de cardiologie	DONZELOT (E.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R.)
Clinique de la tuberculose	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT (H.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (F.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)
Clinique gynécologique	MOCQUOT (P.)
Cliniques médicales	Hôtel-Dieu BENARD (H.)
	Bichat LAROCHE (G.)
	Cochin HARVIER (P.)
	Pitié LIAN (C.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Cliniques obstétricales	Tarnier LANTUEJOUL (P.)
	Baudelocque LEVY-SOLAL (E.)
	Port-Royal PORTES (L.)
Clinique ophtalmologique	VELTER (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE (F.)
Clinique physio-pathologique des problèmes mentales (<i>chaire à titre personnel</i>)	RICHET (C.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (C.)
Clinique rhumatologique	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	CHABROL (E.)
Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BARIETY (M.)
Histologie	CHAMPY (C.)
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine de Travail	DESOILLE (H.)

Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale . .	GAILLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	DE GAUDART D'ALLAINES (F.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE (A.)
Pathologie médicale	MOREAU (R.)
Pathologie et thérapeutique générales	DE GENNES (L.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	MOULONGUET (P.)
Thérapeutique	TURPIN (R.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.		MM.	
Anatomie	{	Pathologie chirurgicale	{
Anatomie pathologique	{		{
Bactériologie	{	Pathologie expérimentale	{
Biologie médicale	{		{
Chimie médicale	{	Pathologie médicale	{
Dermato- syphiligraphie	{		{
Histologie	{		{
Hydrologie	{		{
Hygiène	{		{
Médecine légale	{		{
Neurochirurgie	{	Pédiatrie	{
Neurologie	{	Pharmacologie	{
Obstétrique	{	Physiologie	{
Ophtalmologie	{	Physique médicale	{
Oto-rhino- laryngologie	{	Psychiatrie	{
Parasitologie	{	Psychiatrie infantile	{
Parasitologie coloniale	{	Stomatologie	{
Pathologie chirurgicale	{	Thérapeutique	{
		Urologie	{

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES
 RAPPELES A L'EXERCICE
 POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (A.) (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (A.) (*Obstétrique*),
 GATELLIER (J.) (*Clinique chirurgicale*), LE LORIER (V.) (*Obstétrique*),
 VAUDESCAL (R.) (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
 CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
 à titre permanent.

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale .	AMELINE (A.)	Clinique médicale . . .	MARCHAL (G.)
	FUNCK-		MOUQUIN (M.)
	BRENTANO (P.)		SOULIE (E.)
	MENEGAUX (G.)	Clinique obstétricale . .	DIGONNET (L.)
	PATEL (J.)		ECALLE (G.)
Clinique médicale . . .	SICARD (A.)		LACOMME (M.)
	BOULIN (R.)	Clinique ophtalmologique	SUREAU (M.)
	BROUET (G.)		RENARD (G.)
	CACHERA (R.)		Clinique O.R.L. AUBIN (A.)
	DELARUE (A.)	Clinique urologique . . .	COUVELAIRE (R.)
	GARCIN (J.)		
	HAGUENAU (M.)		
	LENEGRE (J.)		

MM.

Secrétaire de la Faculté MOREL (J.)

Secrétaire-adjoint Mlle CHAINTREUIL (G.)

Bibliothécaire en Chef . Docteur HAHN (A.).

Bibliothécaires Mlles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.),
 -LAURENT (H.), LE NOIR (G.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153323_0112

A MA FEMME ET A MES ENFANTS

J'exprime mon infinie tendresse.

A MON PERE

Officier de la Légion d'Honneur

*Pour l'exemple qu'il m'a donné
et les sacrifices qu'il a consentis.*

A MA MERE

A qui je dois tout.

A MA SŒUR

A MON BEAU-PERE
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui suscita ce travail, j'adresse
l'expression de ma reconnaissance
pour sa bonté et ses conseils.*

A MA BELLE-MERE

En témoignage de mon affection.

A MON BEAU-FRERE

A MES ONCLES ET TANTES

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR GIROUD

Professeur de la Chaire d'Embryologie
à la Faculté de Médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui nous a fait le très grand
honneur de présider cette thèse et
nous a guidé dans nos recherches.*

Hommages respectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DECHAUME

Officier de la Légion d'Honneur
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

AUX DOCTEURS THIBAUT

Chevalier de la Légion d'Honneur

ET PARANT

Stomatologistes des Hôpitaux de Paris

*Qui ont bien voulu nous inspi-
rer cette thèse et nous guider dans
son élaboration.*

Nous exprimons notre gratitude.

AU DOCTEUR LELIEVRE

Qui prit part à nos travaux.

*Nous adressons nos sincères re-
merciements.*

AU DOCTEUR PSAUME

Chevalier de la Légion d'Honneur
Membre du Comité Directeur de l'Ecole de Stomatologie

A NOS MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A NOS MAITRES
DE L'ECOLE DE STOMATOLOGIE
ET DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

A NOS MAITRES
DE L'ECOLE ODONTOTECHNIQUE

HISTORIQUE

Nous connaissons l'existence dans la région incisive supérieure :

- a) de kystes paradentaires communs sur des incisives et canines mortifiées, liés à une infection péri-apicale atteignant les débris épithéliaux de MALASSEZ;
- b) de kystes paradentaires sur dents vivantes dus à une infection des débris épithéliaux venue par voie ligamentaire. Cette variété de kystes a été étudiée par JARZAB (1925) puis CROCQUEFER, BERCHER (1927), RUPPE (1930) et BOUVIER (1933);
- c) de kystes mucoïdes du seuil narinaire qui sont indépendants des dents et extra-osseux;
- d) de kystes intra-maxillaires indépendants des dents, lesquels feront seuls l'objet de notre étude. Ils se subdivisent en :
 - 1° kystes médians en rapport avec le canal naso-palatin;
 - 2° kystes latéraux en relation avec des inclusions épithéliales liées à la coalescence des bourgeons faciaux dans la région sise entre l'incisive latérale et la canine.

FREQUENCE DE CES KYSTES

Ces kystes sont relativement rares :

DILLON, sur 600 radiographies d'incisives supérieures, montre deux kystes naso-palatins;

ROHRER, sur 1.500 radiographies, en trouve deux cas;

MEYER, au cours de 600 dissections, en trouve huit cas.

THIBAULT (*Revue de Stomatologie*, 1936) cite E.-C. STAFNE, L.-T. AUSTIN et B.-S. GARDNER qui ont trouvé l'image de ces kystes dans un pour cent des cas de radiographies de la région incisive supérieure.

Ces kystes ont fait l'objet des études approfondies de :

Joseph SCHROFF (Unusual cyste of the maxilla. *Dental Items of Interest*, 1929 et Cysts in the incisor canal. *Journal of Dental Research*, décembre 1930).

Theodor BLUM (Cysts in the jaw, *Journal of the American Dental Association*, 1929).

H. EULER (Die entzündung der papilla incisiva und der canalis naso-palatinus, *Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift*, 1928).

HANENSTEIN (Die entzündlichen Erkrankungen in canalis naso-palatinus, 1929).

RUSHTON (Cyst in the median palatine suture, *British Dental Journal*, 1930).

WILD (*Dental Items of Interest*, 1930).

En France, le professeur DECHAUME a étudié ces kystes qu'il nomme « kystes par inclusions épithéliales » (*Société de Stomatologie*, 1933).

M. PARANT en a décrit certaines variétés (*Semaine des Hôpitaux*, 1951).

CLINIQUE ET DIAGNOSTIC

A. — KYSTES INTRA-MAXILLAIRES MEDIANS

Ce sont principalement les kystes du canal nasopalatin vers son extrémité palatine.

Ils s'accroissent lentement, leur développement s'opérant insidieusement pendant des années, avant de se manifester soit par une tuméfaction indolore perçue par la langue dans la région palatine antérieure, soit par des signes inflammatoires dus à une infection péri-apicale, une pyorrhée, une infection nasale, ou buccale (stomatite, appareil mal ajusté, corps étrangers : arête de poisson ou poil de brosse à dents).

C'est alors qu'apparaissent des signes subjectifs (névralgies, douleurs) ou objectifs (pus à l'orifice du kyste fistulisé ou gêne occasionnée par le volume de la tuméfaction).

Plus souvent, ces kystes sont décelés lors d'un examen systématique (clinique et radiographique).

L'inspection endobuccale révèle une tuméfaction plus ou moins arrondie en arrière des incisives centrales supérieures, dans la région de la papille palatine. Cette tuméfaction est rénitente et indolore. Il sourd parfois un liquide louche par une fistule. Les dents sont saines et vivantes, leur coloration et leur sensibilité intactes. La ponction ramène un liquide visqueux, clair, le plus souvent sans cholestérine.

La radiographie montre sur la ligne médiane (parfois l'image est un peu latéralisée), entre les racines des incisives centrales, une image de vacuolisation allongée de bas en haut et s'étendant plus ou moins au-dessus des régions apicales de ces dents. On peut s'aider d'une injection de substance radio opaque avant radiographie.

FORMES CLINIQUES.

En dehors de cette forme palatine, il y a parfois un kyste médian vestibulaire ou mixte à évolution vestibulo-palatine. Ce dernier atteint de grandes dimensions. Les incisives centrales supérieures conservent leur vitalité, encore que l'on puisse assister secondairement à leur mortification (observation V).

On perçoit le choc en retour du liquide kystique du vestibule vers le palais et inversement par le palper bi-digital.

La radiographie donne une image en cœur à pointe inférieure, la séparation entre les deux lobes représentant la partie inférieure de la cloison nasale. Parfois, le kyste a refoulé et érodé les apex des deux incisives centrales supérieures.

DIAGNOSTIC.

Celui-ci se discutera avec toutes les inflammations de la papille palatine. Le kyste de la papille dont la pathogénie reste au stade d'hypothèse (1), est extra-osseux, ne donne pas de crépitation parcheminée, n'a pas d'image radiographique et la pression détermine

(1) L'une des glandes siégeant sous l'épithélium de la fibromuqueuse buccale qui recouvre la fossette incisive pourrait, lors d'un processus pathologique, accroître sa sécrétion et subir, peu à peu, la transformation kystique. Dans d'autres cas, on a pu invoquer l'occlusion de son canal excréteur.

l'issue par un orifice glandulaire de gouttelettes muco-fibrineuses.

Le diagnostic radiographique doit éliminer les agrandissements physiologiques de la fossette incisive et les infections péri-apicales, les kystes para-dentaires des incisives centrales.

Le diagnostic avec le kyste mucoïde du seuil narinare se fait sur le siège de celui-ci qui est plus haut situé, plus latéral, et soulève le plancher des fosses nasales; sur l'absence d'image radiographique, le kyste étant extra-osseux et reposant tout au plus sur un lit osseux.

Ce diagnostic sera donc fait en vérifiant :

- 1° la vitalité des dents qui restent saines (épreuves thermiques, tests électriques et trépanation exploratrice dans certains cas);
- 2° l'image radiographique.
- 3° la ponction, qui ramène un liquide citrin, le plus souvent sans paillettes de cholestérine.

B. — KYSTES INTRA-MAXILLAIRES LATERAUX

On les observe surtout chez les femmes. Initialement, la tumeur est indolore et strictement intra-osseuse; son volume croît extrêmement lentement puis, à un stade très avancé, déforme la face et soulève l'aile du nez.

Les téguments sont normaux et ne présentent pas de phénomènes inflammatoires. Le vestibule révèle une tuméfaction entre l'incisive latérale et la canine.

Cette tuméfaction est indolore, rénitente, fait corps avec l'os, va plus ou moins loin vers le plancher des fosses nasales et parfois donne une crépitation parcheminée due à la résorption osseuse.

Les dents ont une vitalité intacte, sont saines, de coloration et de sensibilité normales.

Dans certains cas, le kyste écarte les racines et provoque une rotation avec inclinaison sur l'axe de l'incisive latérale et de la canine.

La ponction ramène un liquide citrin, le plus souvent sans paillettes de cholestérine. La radiographie montre un grand kyste à contours nets, situé entre l'incisive latérale et la canine.

DIAGNOSTIC.

Il se pose avec les kystes mucoïdes du seuil narinare qui sont extra-osseux, ne donnent jamais de crépitation parcheminée, ont un siège constant intranasal, intra-labial, sont mobiles sur le maxillaire, indépendants de la cloison et du cornet inférieur mais adhérent à la muqueuse nasale. De plus, leur structure est toujours la même; ils présentent une capsule fibreuse conjonctive plus un épithélium à deux couches (profonde polyédrique, superficielle cylindrique ciliée) et la radiographie ne révèle pas d'image kystique intra-osseuse (le kyste injecté de lipiodol se projette en dehors de l'os). La ponction ramène un liquide mucoïde, ~~le plus souvent~~ sans cholestérine.

On les différencie en outre des kystes paradentaires banaux qui sont sur des dents mortifiées :

- 1° par la vitalité des dents (épreuves thermiques, tests électriques et trépanation exploratrice dans certains cas);
- 2° par l'image radiographique qui est latéro-radiculaire dans les kystes intra-maxillaires;
- 3° par la ponction qui, pour ceux-ci, ramène un liquide le plus souvent sans paillettes de cholestérine.

EVOLUTION

Tumeurs initialement intra-osseuses, indolores et inapparentes, ces kystes se développent insidieusement pendant de longues années (cinq à quinze ans) avant de se manifester cliniquement.

Peu à peu, ils écartent les racines des dents contiguës et provoquent une résorption osseuse telle, qu'apparaît en même temps qu'une déformation de la face, une crépitation parcheminée à la palpation.

Les dents voisines restent saines dans la règle, bien que l'on puisse assister secondairement à leur mortification, le kyste venant recouvrir leurs apex.

Des signes d'infection peuvent venir se greffer et ce sont eux, le plus souvent, qui amènent les malades à consulter. Ils s'accompagnent en effet de douleurs spontanées (sensation de tension) ou provoquées par la palpation, ainsi que d'une augmentation de volume du kyste avec rougeur et œdème des tissus sous-jacents.

Tout peut rentrer dans l'ordre mais on peut voir aussi se produire soit un phlegmon péri-maxillaire, soit un abcès palatin, soit l'ouverture spontanée, soit plus rarement une ostéite.

A notre connaissance, il n'existe pas d'observation où le kyste ait subi une dégénérescence maligne.

PRONOSTIC

Celui-ci est favorable car, comme tous les kystes, les kystes intra-maxillaires restent circonscrits; mais au cours de leur longue évolution, nous avons vu qu'ils pouvaient provoquer la mortification secondaire des dents voisines et présenter des signes d'infection attirant subitement l'attention et rendant nécessaire leur traitement. Ce dernier sera d'autant plus aisé et à l'abri de toute récurrence qu'il aura été exécuté plus précocement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Théoriquement, l'étude histo-pathologique de ces kystes intra-osseux de la région incisive supérieure par inclusions épithéliales devrait permettre d'en établir l'étiologie.

« En fait, soit spontanément, soit par suite de phénomènes inflammatoires fréquemment surajoutés, ces

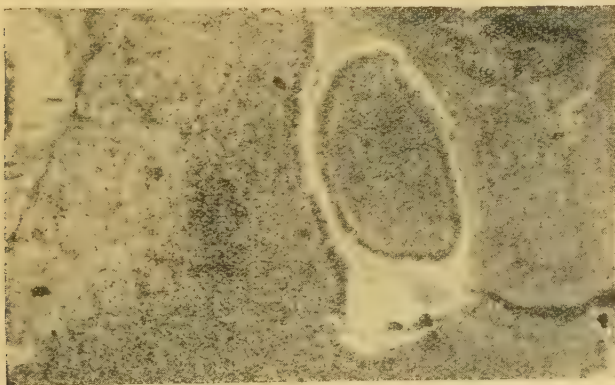


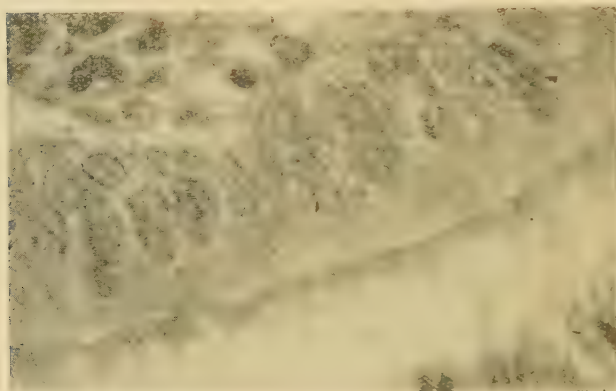
FIGURE 1

La figure 1 intéresse la paroi d'un kyste intra-maxillaire médian. Cette coupe se trouve au niveau d'un bourgeon intra-kystique.

tumeurs subissent des transformations métaplasiques qui modifient la structure de leur paroi et leur ôte tout caractère spécifique.

Il n'en reste pas moins que le revêtement interne, épithéliale de ces kystes est intéressant à étudier en raison des variations fréquentes qu'il présente selon la

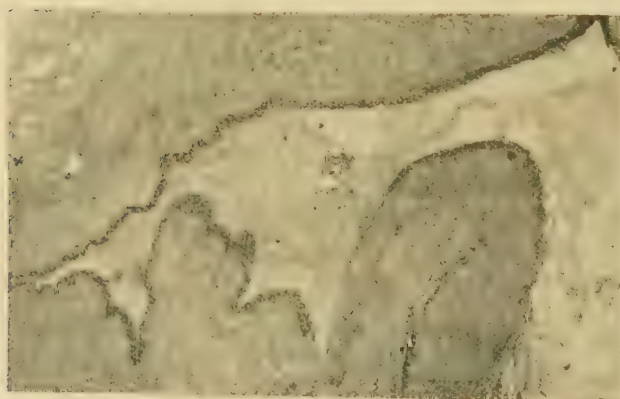
FIGURE 1 *bis*



variété étiologique du kyste dans les cas typiques où il n'y a pas eu de remaniement. » (M. PARANT.)

Lorsqu'on aborde ces kystes avant qu'ils soient suppurés, leur paroi est tellement mince qu'elle nous rap-

FIGURE 2



pelle la « membrane allantoïde » d'un œuf, et ce n'est que sous des poussées inflammatoires répétées que cette paroi s'épaissira (observations III et XIII).

La ponction pratiquée nous donne en règle générale un liquide privé de cristaux de cholestérine, encore que le professeur DECHAUME ait rapporté un cas de kyste intra-maxillaire médian dont le liquide contenait de la cholestérine (observation VI).

FIGURE 2 *bis*

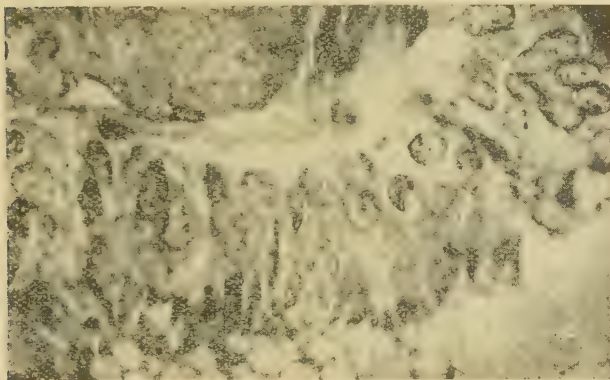
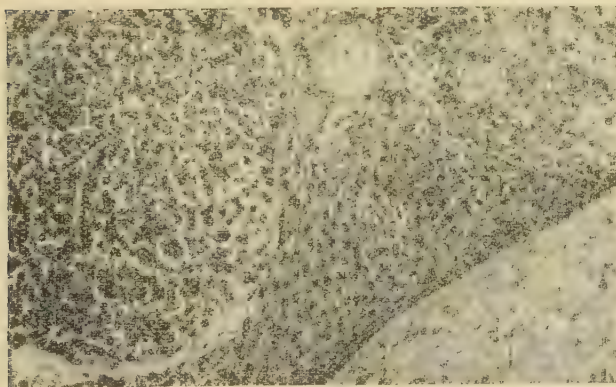
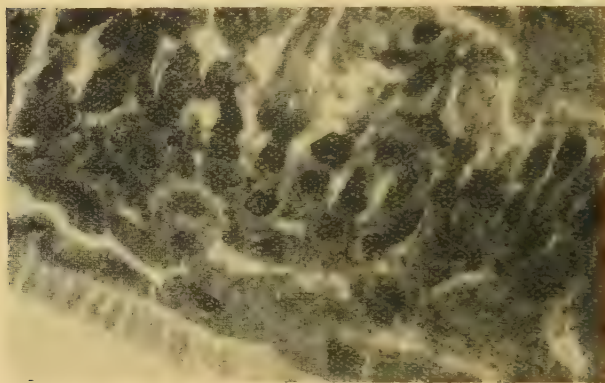


FIGURE 3



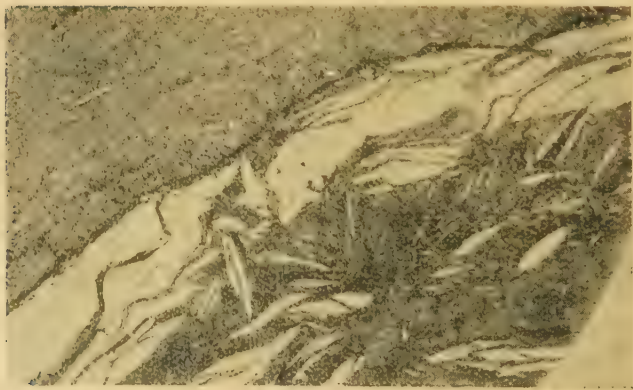
Si les dents contiguës à ces kystes restent dans la plupart des cas saines, le développement de ceux-ci venant coiffer les apex des dents voisines, peut provoquer une mortification secondaire de celles-ci.

FIGURE 3 *bis*



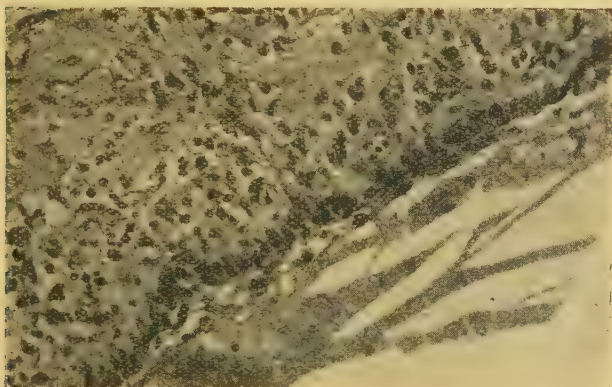
Les coupes 3 et 3 *bis* ont été prélevées en des points différents de la paroi. On ne confondra pas, sur la figure 3 *bis*, la bordure de mucus avec une image de cils vibratiles, car cette coupe n'en présentait pas.

FIGURE 4



De plus, une infection péri-apicale apparue au niveau d'une dent peut très bien activer le développement des débris épithéliaux médians et donner naissance à un kyste par inclusions épithéliales anatomiquement indépendant de la dent causale (observation XII).

FIGURE 4 *bis*



Ce n'est donc pas la présence de dents mortifiées qui doit faire éliminer *a priori* le diagnostic de kyste par inclusions épithéliales.

Examinons maintenant les différents types d'épithélium constituant la paroi de ces kystes.

1° *Kystes intra-maxillaires médians.*

Ce sont des kystes à revêtement épithélial pavimenteux type muqueuse buccale, pouvant présenter des images de sclérose inflammatoire de la coque lors d'une inflammation subaiguë, lorsqu'ils correspondent à la portion inférieure du canal naso-palatin.

Quand ils sont issus de la partie haute du canal naso-palatin, ils présentent un revêtement cylindrique cilié type muqueuse respiratoire.

Les figures 1 et 1 *bis* montrent la paroi d'un kyste intra-maxillaire médian de la partie haute du canal

naso-palatin. Cette paroi est constituée d'un épithélium cylindrique cilié type muqueuse respiratoire. On voit parfaitement sur la figure 1 *bis* les cils vibratiles (observation I).

Les figures 2 et 2 *bis* représentent la paroi d'un kyste intra-maxillaire médian s'étant développé chez une édentée. Ici l'épithélium est cylindrique mais non cilié, ce qui correspond vraisemblablement à une origine plus basse dans le canal naso-palatin (observation II).

2° *Kystes intra-maxillaires latéraux.*

Ceux-ci possèdent de même une paroi épithéliale soit de type pavimenteux entourée d'une coque fibreuse dense, soit de type cylindrique.

Les figures 3 et 3 *bis* nous montrent au faible grossissement une paroi de type pavimenteux, alors qu'au fort grossissement on décèle, en certains points de la paroi kystique, un épithélium cylindrique (figure 3 *bis*), (observation IX).

Les figures 4 et 4 *bis* représentent la paroi d'un kyste intra-maxillaire latéral énucléé chez une édentée. On y observe un épithélium cylindrique non cilié (observation X).

NOTIONS EMBRYOLOGIQUES

Pour comprendre la localisation de ces kystes, leur constitution histologique et leur origine, il est nécessaire de savoir comment peut s'opérer dans la région incisivo-canine supérieure, l'inclusion de tissu épithélial au cours de l'évolution embryologique de cette région faciale.

Nous rappellerons donc comment se fait :

- 1° l'apparition des bourgeons faciaux qui forment la voûte et les parois latérales de la bouche primitive;
- 2° la formation du palais antérieur et du palais postérieur;
- 3° la formation du canal naso-palatin.

Ensuite nous schématiserons le développement de l'os intermaxillaire et donnerons un aperçu des malformations du palais primaire.

DEVELOPPEMENT DES BOURGEONS FACIAUX

Vers le vingt-cinquième jour (embryon de 2 mm. 5) de la vie intra-utérine, on distingue à la face supérieure et sur les faces latérales du stomodaeum (bouche primitive) le bourgeon frontal et les bourgeons maxillaires supérieurs (fig. 5) (1). Ces derniers sont

(1) Les figures 5 à 9 sont extraites du Manuel d'embryologie de GIROUD et LELIÈVRE.

séparés du bourgeon frontal par un sillon qui part de l'ébauche oculaire : c'est le sillon lacrymo-nasal. Peu après, le bourgeon frontal s'échancre à sa partie infé-

EVOLUTION DE LA BOUCHE PRIMITIVE (*Stomodaeum*)

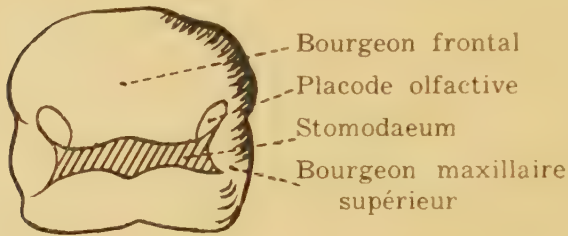


FIGURE 5

rieure et donne ainsi deux bourgeons frontaux. Cette échancrure inter-frontale s'atténuera et disparaîtra par la suite. En même temps, un épaissement ectoblastique (placode olfactive) se développe sur chaque bour-

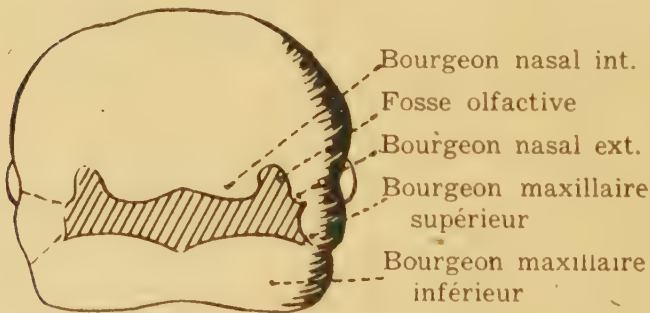


FIGURE 6

geon frontal et se déprime en une fossette ou gouttière olfactive, dirigée d'avant en arrière. Celle-ci subdivise le bourgeon frontal en deux parties : le bourgeon nasal interne (dont la partie inférieure constitue le proces-

sus globulaire) et le bourgeon nasal externe (fig. 6) ; ce dernier est séparé du bourgeon maxillaire supérieur par le sillon lacrymo-nasal.

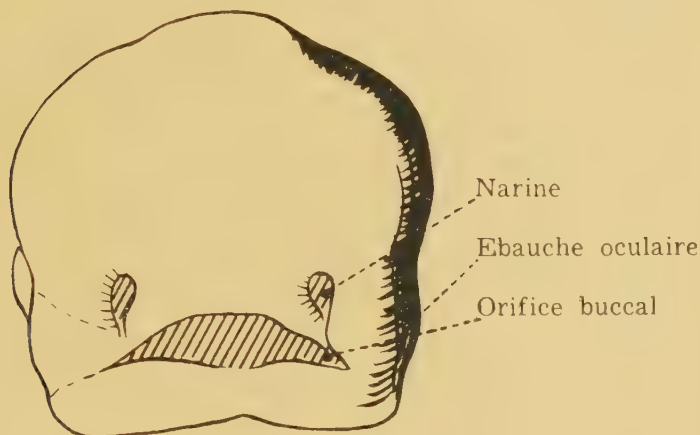


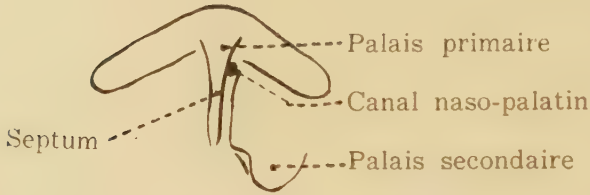
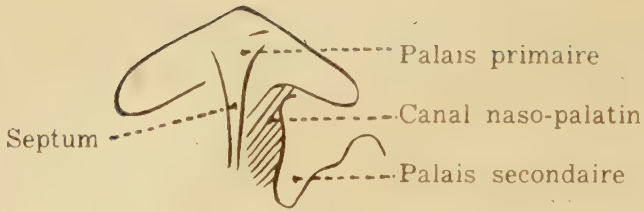
FIGURE 7

Au cours du deuxième mois, les divers bourgeons se développent, principalement les bourgeons maxillaires supérieurs. Les deux bourgeons nasaux internes s'accroissent progressivement ; l'échancrure qui les sépare se comble et ils constituent un massif médian. D'autre part, les bourgeons maxillaires supérieurs, par suite de leur développement, se dirigent vers la ligne

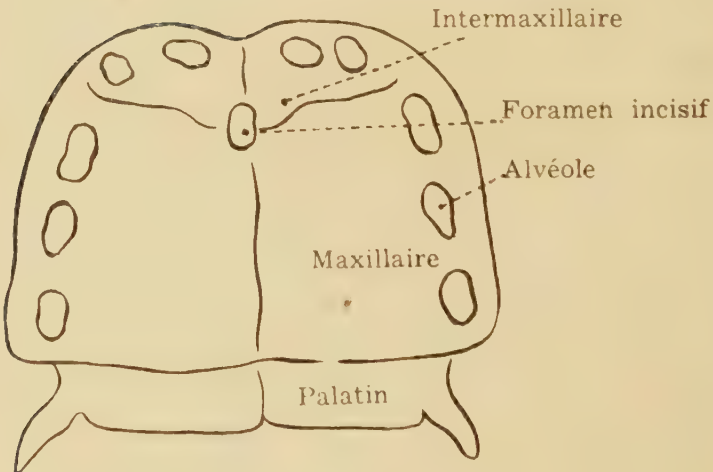


FIGURE 8

Voûte stomodéale vue par sa face inférieure



Développement du palais
 « Human Embryology and Morphology »
 by Sir Arthur KEITH.



« Developmental Anatomy »
 Leslie BRAINERD AREY

médiane et confluent avec les bourgeons nasaux externes pour constituer le massif externe. Ce sont ces massifs qui délimitent latéralement l'orifice des gouttières olfactives sur la voûte du stomodaeum (fig. 7 et 8).

Vers le trente-cinquième jour, les bourgeons maxillaires supérieurs et le massif médian entrent en contact, se soudent. L'orifice externe des gouttières olfactives se trouvera dès lors totalement délimité.

La soudure de ces deux massifs — interne ou médian et externe — débute en arrière de la gouttière olfactive et s'étend progressivement jusqu'à l'emplacement du futur orifice narinaire. Cette soudure s'opère par affrontement des bords inférieurs des massifs médian et externe dont les revêtements épithéliaux se soudent en constituant une lame verticale, « mur épithélial », qui clôt en bas la fosse olfactive (fig. 9).

Deux processus peuvent intervenir dans l'évolution des bourgeons faciaux : soit qu'il s'agisse d'une confluence des bourgeons à partir de leur base, ce qui entraîne un effacement progressif des sillons les séparant et exclut la possibilité d'inclusions épithéliales; soit, par contre, qu'il s'agisse d'un accollement des revêtements épithéliaux suivi de fusion secondaire et, dans ce cas, nous pourrions assister à l'inclusion de vestiges épithéliaux, fait capital pour expliquer l'origine des kystes de la région incisivo-canine supérieure indépendants des dents.

FORMATION DU PALAIS ANTERIEUR ET DU PALAIS POSTERIEUR

En avant, après régression de ce mur épithélial, le mésenchyme des deux massifs affrontés fusionne et, ainsi est créée une cloison horizontale : c'est le palais primaire (embryon de 10 mm.). Ce palais isole la cavité

de la fosse nasale primitive dont il constitue le plancher et son bord antérieur devient ainsi le bord inférieur de l'orifice narinaire.

Plus tard, se développera le palais secondaire ou palais postérieur (soudure des processus palatins vers dix semaines — embryon de 40 mm.). Il se constitue d'avant en arrière, dans le prolongement du palais antérieur, et résulte de la croissance de deux lames horizontales — processus palatins — nées aux dépens des parois internes des bourgeons maxillaires supérieurs qui viennent s'affronter sur la ligne médiane.

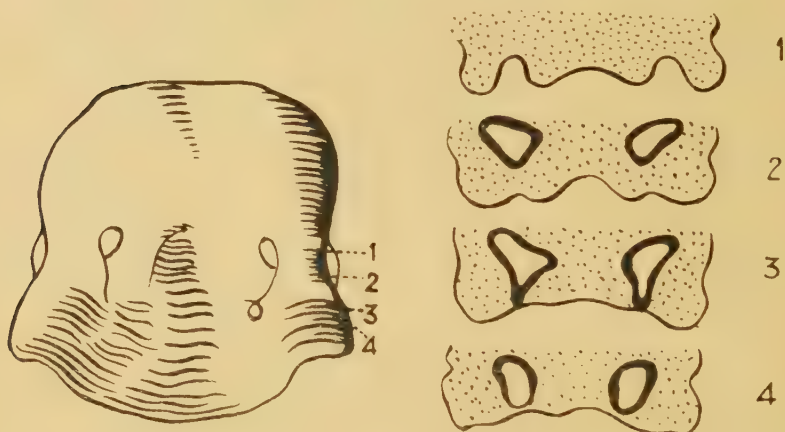


FIGURE 9

Coupes frontales suivant les lignes 1, 2, 3, 4

Soudure des massifs interne et externe formant le palais antérieur
En avant reste libre l'orifice narinaire

En arrière, on voit la membrane destinée à se résorber pour
former les choanes primitifs.

Enfin, la voûte du massif médian donne naissance à une formation — septum nasal — qui, en descendant progressivement pour s'unir au palais, constituera la cloison des fosses nasales.

La voûte palatine (palais antérieur et palais postérieur) est alors, au stade de 8 cm. (quatrième mois), constituée et le tissu osseux formé (DIEULAFÉ — Traité d'anatomie de POIRIER).

FORMATION DU CANAL NASO-PALATIN

La fusion entre le palais primaire en avant et le palais secondaire en arrière étant initialement incomplète sur la ligne médiane, il en résulte, sur cette ligne, un espace qui représente le reste de la communication primitive entre la bouche et les fosses nasales : c'est le futur canal naso-palatin ou canal de STENSON.

La configuration définitive de ce canal est commandée par le développement du septum nasal. Dans sa progression de haut en bas et d'avant en arrière pour fusionner sur la ligne médiane avec les ébauches palatines, ce septum clive le canal naso-palatin en deux conduits parallèles. Ceux-ci débouchent d'une part, en haut sur le plancher de la fosse nasale correspondante, très près de la cloison nasale, d'autre part, dans la cavité buccale par deux orifices situés de chaque côté de la papille incisive.

L'étude la plus complète du canal naso-palatin chez l'homme a été faite par LEBOUcq en 1881 (1).

(1) Plus récemment, O. NORBERG a écrit un article sur ce sujet dans la revue *Zeitsch. für Anat. Forschund*, 1930.

Il présente des microphotographies de coupes fœtales aux stades de 30 mm., 85 mm., 12 cm. 5, 15 cm. 3, 22 cm. 5, 40 cm. et nouveau-né. Suivant les pièces, on voit les conduits naso-palatins ou les restes épithéliaux de ces conduits. NORBERG expose même une coupe sur laquelle se trouve un kyste provenant du canal naso-palatin. Ayant fréquemment constaté l'existence, sur la ligne médiane, d'une masse épithéliale, cet auteur affirme la présence au niveau du canal incisif de trois groupes

D'après cet auteur, au cours du développement des lames palatines et de chaque côté de la ligne médiane — marquée par la papille incisive — un cordon épithélial resterait enclavé entre le bord postérieur du palais antérieur et la lame palatine. Ce serait le creusement, quand il s'opère, de ce cordon qui donnerait naissance au canal naso-palatin; mais, d'après les recherches de LEBOUQC, l'existence de ce canal est assez rare (2).

En effet, sur neuf fœtus, âgés de quatre à sept mois, LEBOUQC ne trouva pas une seule fois ces canaux perméables, même chez les plus jeunes où la portion palatine des conduits était obstruée par des cellules épithéliales dans toute son étendue.

Dans une étude portant sur vingt-huit fœtus à terme, cet auteur ne trouva les conduits perméables que dans deux cas. Dans les autres, la muqueuse palatine présentait de chaque côté de la papille incisive, sous un repli de la muqueuse, un petit orifice conduisant de chaque côté dans un canal borgne oblique et presque parallèle à la surface de la muqueuse.

Ces canaux sont normalement fermés à la naissance. Chez l'adulte, on peut en trouver des vestiges, mais généralement ils ont disparu.

de perles épithéliales (un groupe médian correspondant à la zone de fusion du septum nasal avec l'extrémité antérieure des deux lames palatines et deux groupes latéraux représentés par les restes épithéliaux des deux conduits naso-palatins). Les vestiges épithéliaux médians pourraient donner naissance, eux aussi, à des kystes.

(2) Ce canal naso-palatin, normalement fermé à la naissance chez l'homme, reste ouvert chez tous les animaux, à l'exception des solipèdes, et joue un rôle dans l'odorat (Handbuch der Vergleichenden anatomie der Haustiere — W. ELLENBERGER und H. BAUM — Berlin, 1906).

Au point de vue histologique, le revêtement épithélial de ces canaux naso-palatins varie selon le segment étudié. Dans leur segment supérieur, la muqueuse comporte un épithélium vibratile avec glandes acineuses du type pituitaire.

Leur partie inférieure est tapissée d'un épithélium malpighien semblable au revêtement de la voûte palatine. Dans les deux segments, la muqueuse est doublée d'une couche de tissu conjonctif condensé.

L'occlusion de ces canaux se ferait dès le début de la vie extra-utérine du côté de la voûte palatine et il ne resterait là qu'une traînée de cellules épithéliales (LEBOUCQ, *Archives de Biologie Belge*, 1881; RAVENGEL, PIERSOLL, *Human Anatomy*, Philadelphie, 1916; Sïcher TANDLER, *Anatomie für Zahnartz*, Vienne, 1928; MERKEL).

Leur extrémité supérieure est parfois représentée par une dépression en doigt de gant de la muqueuse du seuil narinaire possédant un épithélium stratifié cylindrique vibratile semblable à celui de la muqueuse pituitaire.

Nous avons examiné et disséqué chez les bovins ces conduits naso-palatins faisant communiquer la bouche avec les fosses nasales et l'organe de JACOBSON (1).

Leur orifice inférieur se trouve situé de chaque côté de la papille incisive; leur orifice supérieur s'abouche à la partie antéro-inférieure des fosses nasales tout

(1) L'organe de JACOBSON, dérivé de la paroi interne des fosses nasales (îlot épithélial détaché de la placode olfactive), disparaît chez l'homme et les cheiroptères, tandis qu'il s'accroît dans la majorité des groupes de mammifères (DIEULAFÉ, *Traité d'anatomie de POIRIER*). Cet organe communique avec la bouche par l'intermédiaire du canal de STENSON ou canal naso-palatin. D'après le *Traité d'Embryologie* de AREY, l'organe de JACOBSON atteindrait chez l'homme 4 mm. de long au sixième mois.

contre la cloison. Leur trajet est oblique en haut et en arrière, mais presque parallèle à la muqueuse de la voûte palatine et s'étend environ sur 5 cm. (fig. 10) (1).

L'examen de sections frontales de têtes fœtales de rats nous a montré la fusion du septum nasal avec les ébauches palatines et la persistance des deux canaux naso-palatins (fig. 11).

L'étude du palais de rats adultes nous a alors prouvé l'existence d'une papille palatine très saillante, en forme de triangle dont la base, postérieure, présente à chacune de ses extrémités l'orifice d'un canal naso-palatin que nous avons pu cathétériser (fig. 12).

Par contre, les recherches pratiquées sur le cheval (solipède) ont révélé, conformément à notre opinion, que chez cet animal les conduits naso-palatins ne sont pas perméables et qu'un stylet introduit par l'orifice supérieur (nasal) bute dans un cul-de-sac après un trajet de 3 à 4 cm. Du côté de la voûte palatine, aucun orifice n'est décelable.

DEVELOPPEMENT DE L'OS INTERMAXILLAIRE

Le quarantième jour, un point d'ossification apparaît dans chaque bourgeon nasal interne, au niveau de la future incisive latérale, pour donner l'os intermaxillaire (2).

(1) Chez le bœuf, les conduits naso-palatins atteignent 6 cm. de long, tandis que, chez le mouton, ils ont à peu près 1 cm. (ELLENBERGER).

(2) Rappelons les différentes théories se rapportant au développement de l'os intermaxillaire : GÖTTE, KÖLLIKER (1786) considéraient qu'il y avait un intermaxillaire de chaque côté avec chacun un point d'ossification. ALBRECHT (1879) voyait deux intermaxillaires de chaque côté avec chacun un point d'ossification. BIONDI (1888) montrait un intermaxillaire de chaque côté

Au cours du troisième mois, celui-ci se compose d'une branche horizontale et d'une branche montante qui, unies avec celles du côté opposé, encadrent l'orifice antérieur des fosses nasales (HAMY, 1868).

Dès la fin du troisième mois, cet os intermaxillaire a son maximum de développement et possède les ébauches des deux incisives. Cet os n'est déjà plus isolé

FIGURE 10

Voûte palatine chez la vache

On remarque sur la ligne médiane et à la partie antérieure du palais, la présence de la papille incisive en forme de triangle à base antérieure. Un stylet est placé dans le conduit nasopalatin gauche et on le voit sortir à l'angle gauche de la base de la papille.



chez le fœtus de deux mois et demi où il est impossible de discerner sa suture avec la branche montante du maxillaire supérieur. Toutefois, des retards de fusion sont possibles.

En arrière, cet os intermaxillaire est séparé de la lame palatine du maxillaire supérieur par une suture (suture incisive).

MALFORMATIONS DU PALAIS PRIMAIRE

Lors de la formation du palais antérieur, le mur épithélial, dont nous avons parlé antérieurement, est appelé à disparaître. La croissance du mésenchyme

mais deux points d'ossification. WARYNSKI (1888) voyait un intermaxillaire en tout mais deux points d'ossification. INOUE et BRUNI (1912) estimaient qu'il y avait un intermaxillaire et un point d'ossification en tout. E. CADENAT (1924) voit un intermaxillaire de chaque côté avec chacun un point d'ossification.

finit en effet par infiltrer et effondrer ce mur épithélial dans toute sa hauteur et dans toute son étendue.

Lors d'un arrêt de développement, ce processus peut ne pas se produire et il persiste alors pendant un certain temps une cloison épithéliale. Celle-ci subit alors partiellement ou totalement un processus de régression ou de « fonte » qui donne naissance à une fente entre les parties non coaptées. Cette fente sera plus ou moins étendue selon que l'arrêt de développement se sera produit à un stade plus ou moins précoce, et on pourra observer les malformations suivantes :

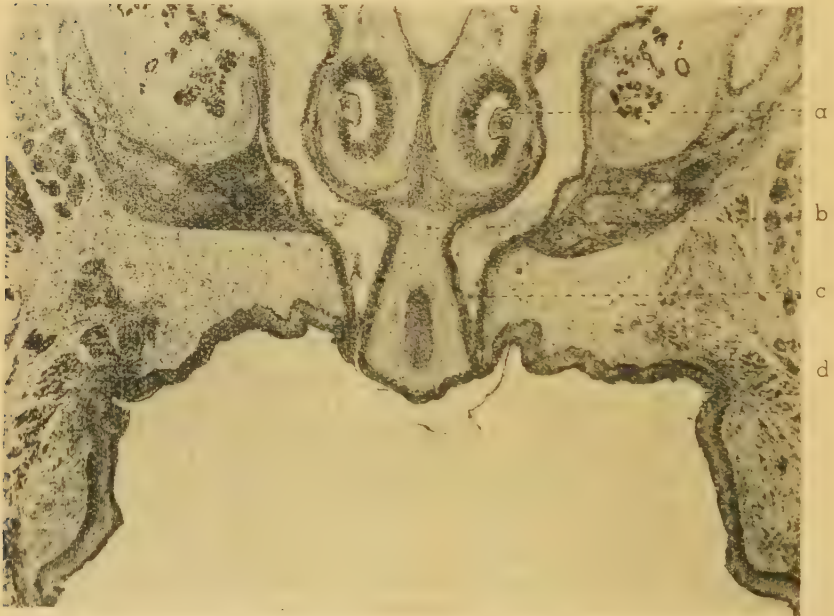


FIGURE 11

Coupe au niveau du canal naso-palatin chez le rat

- a) Organe de Jacobson
- b) Septum
- c) Canal naso-palatin
- d) Voûte palatine

- 1° sur un embryon de 7 mm. un bec-de-lièvre total (fente totale de la lèvre et du rebord alvéolaire) ;
- 2° sur un embryon de 9 mm., un bec-de-lièvre total avec pont labial ;
- 3° sur un embryon de 18 mm., un bec-de-lièvre simple (fente uniquement labiale et lésions osseuses réduites au minimum) ;
- 4° sur un embryon plus âgé, des ébauches de bec-de-lièvre (becs-de-lièvre cicatriciels).

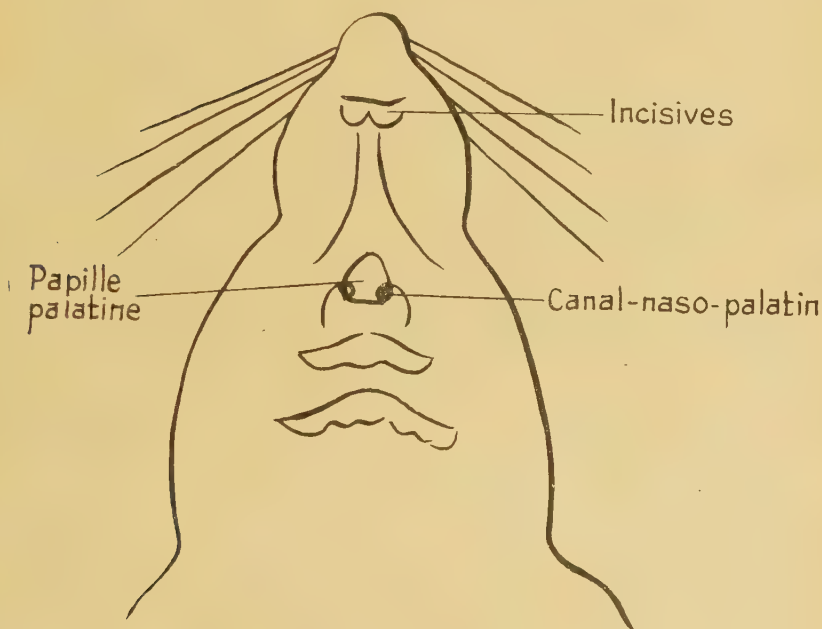


FIGURE 12
Voûte palatine de rat adulte

D'après J. PSAUME, les débris du « mur épithélial » donneraient les kystes intra-osseux latéraux de la région incisive supérieure.

On se rappelle que, quelle qu'en soit l'interprétation de détail, ce mur correspond à la zone d'affrontement de l'épiblaste des massifs médian et latéraux.

L'ensemble de ces notions nous permet de comprendre l'existence et la localisation d'inclusions épithéliales à type muqueuse buccale ou respiratoire dans la région incisivo-canine supérieure.

Le même processus d'inclusions épithéliales se retrouve au niveau du palais secondaire.

Les recherches de PETER (dans *Entwicklung der Nase und des Gaumens beim Menschen*) faites chez l'homme sur des coupes frontales étagées tout le long de la voûte palatine, lui ont montré la persistance de « restes épithéliaux » le long de la suture des processus palatins.

Ces débris épithéliaux permettent de comprendre l'existence des kystes médians de la voûte palatine situés en arrière du canal naso-palatin.

Ainsi, à l'origine de ces différents kystes, retrouvons-nous l'existence d'inclusions épithéliales.

THÉORIES PATHOGÉNIQUES

A. — KYSTES INTRA-MAXILLAIRES MEDIANS

SCHROFF donnait différentes explications de leur pathogénie. Il les attribuait à des réactions pathologiques dans le contenu du canal incisif :

- soit par occlusion de la lumière du conduit nasopalatin ou d'un diverticule;
- soit par prolifération de débris épithéliaux inclus dans les parties molles du canal incisif avec dégénérescence kystique;
- soit par occlusion de la lumière de quelques glandes muqueuses pouvant exister dans les parties molles du canal incisif.

D'autres auteurs émettent, pour expliquer la formation de ces kystes, des hypothèses assez voisines. :

- Rousseau DECELLE les fait dériver de l'épithélium bordant les fissures qui séparent les bourgeons avant leur fusion;
- MEYER pense qu'ils sont formés aux dépens des restes épithéliaux persistant lors de la formation du canal nasopalatin;
- PETERS les fait naître aux dépens du cordon qui formera le canal nasopalatin;
- GROHS croit à la pénétration de glandes muqueuses dans le canal.

Le professeur DECHAUME se rallie à l'hypothèse d'inclusions épithéliales sur la ligne médiane et en déduit

l'existence possible de kystes à type muqueuse buccale ou respiratoire.

L'existence d'inclusions épithéliales dans cette région et en dehors de la lame dentaire étant évidente, ces vestiges épithéliaux pourront donc être activés par des phénomènes inflammatoires ou sécrétoires provenant soit d'une infection nasale sous-jacente, soit d'une réaction inflammatoire ou traumatique de la papille palatine, soit d'une infection dentaire de voisinage pouvant être consécutive à une carie avec mortification et gangrène pulpaire.

B. — KYSTES INTRA-MAXILLAIRES LATÉRAUX

THOMA voit leur origine dans la prolifération des débris épithéliaux inclus dans les fissures faciales.

Le professeur DECHAUME retient la notion de fusion des différents bourgeons donnant naissance aux fosses nasales, aux maxillaires et à la cavité buccale, fusion qui se fait dans la région canine, incisive latérale; il explique ainsi la possibilité d'existence dans cette région d'inclusions épithéliales :

- 1° type muqueuse buccale, donc épithélium pavimenteux stratifié donnant des kystes intra-maxillaires latéraux; leur origine est due à des restes épithéliaux analogues à ceux qui existent le long des fissures du bec-de-lièvre;
- 2° type muqueuse respiratoire (inclusions d'origine naso-lacrymale — SACQUÉPÉE) donc à épithélium cylindrique cilié donnant les kystes mucoïdes du seuil narinaire (extra-osseux).

TRAITEMENT

A. — KYSTES INTRA-MAXILLAIRES MEDIANS

a) KYSTES DU CANAL NASO-PALATIN A SON EXTRÉMITÉ PALATINE

Anesthésie :

Locale par infiltration avec la novocaïne à 2 % et une goutte d'adrénaline au millième par cm³. Il est utile de compléter cette anesthésie en plaçant dans le méat inférieur de la fosse nasale correspondante, ou des deux fosses nasales, un tampon imbibé de chlorhydrate de cocaïne à 5 %.

Dans le cas de kystes volumineux, une anesthésie tronculaire au trou Grand rond (5 cm³ de novocaïne) et au trou sous-orbitaire (2 cm³ de novocaïne) rend de grands services (1).

Voie d'abord :

Palatine.

Incision :

Curviligne suivant le collet des dents en arrière des incisives.

Ruginer et récliner la fibro-muqueuse.

(1) Citons l'utilité d'une anesthésie de base à l'aide de nar-génol, complétée par une anesthésie locale.

Décoller le kyste (opération délicate car la membrane est extrêmement mince et une fois déchirée nécessite un curettage de la cavité):

Replacer le lambeau muqueux et suturer (la suture est à conseiller).

Il faudra éviter au cours de l'intervention de léser le pédicule vasculo-nerveux palatin antérieur toujours plus ou moins adhérent au kyste, ainsi que les pédicules des dents voisines qui peuvent être recouvertes par le kyste.

b) KYSTES A ÉVOLUTION VESTIBULAIRE OU VESTIBULO-PALATINE

Anesthésie :

Identique.

Voie d'abord :

Vestibulaire.

Incision :

Dans le fond du sillon vestibulaire suivant une courbe à concavité supérieure. Toutefois, lorsque le kyste fait saillie sur la table externe, on aura soin de faire passer cette incision par son sommet. Il faut inciser toutes les parties molles du premier coup et constituer deux lambeaux (supérieur et inférieur).

Ruginer le périoste. Il faut retrouver à la partie supérieure du kyste le tissu osseux sain.

Trépaner à la partie la plus saillante du kyste et élargir l'orifice à la pince-gouge de LOMBARD.

Énucléer la paroi kystique (sans vider le kyste ou après ponction, en maintenant la paroi kystique dans une pince à disséquer à griffes).

On décolle ainsi successivement les parties supérieure, antérieure, postérieure et inférieure du kyste.

Cette énucléation s'effectue à l'aide de décolleurs en portant toute son attention sur les pédicules vasculo-nerveux des dents voisines.

La paroi osseuse essuyée à la compresse et éclairée au miroir de CLAR apparaissant lisse et propre, aucun curettage ne sera nécessaire; si, par contre, le kyste a longuement suppuré, le liquide est devenu hémopurulent, la poche est épaisse, lardacée et a contracté de multiples adhérences avec la paroi osseuse environnante, son décollement est impossible à réaliser complètement et il convient de curetter soigneusement la cavité kystique pour la débarrasser des débris de membrane et des fongosités qui l'encombrent. Les endroits où l'on craint de laisser des éléments kystiques seront attouchés à l'acide trichloracétique.

Les berges osseuses étant régularisées et arrondies à la pince gouge, on terminera l'intervention par un lavage à l'eau oxygénée, suivi ou non de suture (un tamponnement à la gaze iodoformée évite l'hémorragie dans le cas de kystes dont le volume est supérieur à celui d'une cerise).

Si on a fait un tamponnement, celui-ci sera supprimé le troisième jour et refait en cas d'hémorragie seulement (1).

Le malade exécutera des lavages au bock après chacun des trois principaux repas, à l'aide d'une cuillerée à soupe de liqueur de LABARRAQUE par litre d'eau bouillie et chaude.

Signalons l'utilité des pulvérisations de poudre de sulfamides ou de spécialités à base de sulfamides et de pénicilline.

(1) Certains auteurs ont préconisé l'utilisation d'éponges de gélatine imbibées de thrombase et bourrées dans la plaie. Ainsi, on éviterait la répétition des tamponnements, ce qui faciliterait l'épidermisation.

COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES

Celles-ci se présenteront principalement sous trois aspects : hématome, œdème, suppuration.

Les jours suivants, il sera nécessaire de vérifier la vitalité des dents voisines par des épreuves thermiques.

B. — KYSTES INTRA-MAXILLAIRES LATERAUX

L'énucléation s'exécutera selon une technique identique à celle employée pour le traitement des kystes intra-maxillaires médians à évolution vestibulaire.

On ne négligera pas de vérifier, les jours suivants, la vitalité des dents voisines.

OBSERVATIONS

Les observations qui suivent ne seront pas classées dans l'ordre chronologique mais comprendront d'abord les cas de kystes du canal naso-palatin, puis ensuite ceux de kystes intra-maxillaires latéraux.

OBSERVATION I

(Communiquée par les docteurs THIBAUT et PARANT)

La malade consulta à l'hôpital Lariboisière en février 1950 pour une tuméfaction palatine et l'existence de légères douleurs.

A l'examen, la face n'est pas déformée. L'examen endobuccal montre dans le vestibule une petite tuméfaction rénitente. La muqueuse conserve une coloration normale. La voûte palatine présente en arrière des incisives supérieures une tuméfaction ovoïde au sommet de laquelle apparaît une fistule d'où s'écoule du pus lorsque l'on exerce une pression sur la voûte du palais.

Les dents existant sur l'arcade sont saines, à l'exception de l'incisive latérale supérieure droite et de l'incisive centrale supérieure gauche qui sont dévitalisées et obturées.

La radiographie montre l'existence d'un kyste médian du volume d'une noix.

L'intervention a lieu en mars 1950. En raison de l'état général de la malade, une anesthésie sans adrén-



naline est pratiquée. Voie d'abord vestibulaire. Le kyste n'était adhérent à aucun des apex des incisives.

L'examen histologique fait par le docteur PARANT montre un épithélium type respiratoire cylindrique à cils vibratiles.

OBSERVATION II

(Communiquée par les docteurs THIBAUT et PARANT)

Madame L... consulta le 5 juin 1950 dans le service de stomatologie de l'hôpital Saint-Antoine, pour une tuméfaction vestibulaire et une augmentation de volume de la lèvre supérieure apparues progressivement.

La malade est édentée complète. Actuellement, on ne relève aucune modification de couleur des téguments. A la palpation, la tuméfaction est indolore. Dès l'ouverture de la bouche, on retrouve dans le vestibule cette tumeur. La voûte palatine est aussi soulevée. Au palper bi-manuel, on se renvoie le liquide du palais vers le vestibule et inversement.

La radiographie confirme l'existence d'un kyste dont l'image rappelle celle d'un cœur à pointe inférieure.

Le 7 juin 1950, on procède à l'énucléation du kyste sous anesthésie locale et par voie d'abord vestibulaire.

L'examen histologique de la paroi kystique, pratiqué par le docteur PARANT, montre l'existence d'un épithélium cylindrique stratifié avec desquamation et dégénérescence claire des cellules.

OBSERVATION III

(Communiquée par le docteur PARANT)

Monsieur A..., âgé de trente-huit ans, se présente le 8 juillet 1946 en vue de la confection d'un appareil de prothèse dentaire au maxillaire supérieur. L'examen bucco-dentaire nous révèle l'existence d'un kyste volumineux du maxillaire supérieur dans la région incisive.

Histoire de la maladie :

En 1934, le malade a eu un accident de moto avec chute sur la face. Pendant longtemps persista une sensibilité à la pres-

sion au niveau de la lèvre supérieure. En 1942, apparaît une voussure palatine. La lèvre supérieure est légèrement soulevée. Le chirurgien-dentiste consulté trépane les quatre incisives supérieures et incise la voussure au thermo-cautère. Il s'en échappe un liquide transparent, jaune clair, sans odeur.

Depuis cette date, il persiste une sensation de tension au niveau de la lèvre supérieure, ainsi qu'une sensibilité des quatre incisives à la percussion.

En février 1946, apparaissent à l'hémiface gauche de violentes névralgies partant de l'aile du nez pour gagner l'angle interne de l'œil, la région sus-orbitaire, et irradier dans la région occipitale gauche. Le malade est alors traité par le gardénal.

Des examens oto-rhino-laryngologique et neurologique sont négatifs.

Examen clinique :

L'incisive latérale supérieure gauche couronnée est sensible à la percussion, ainsi que l'incisive centrale supérieure gauche.

De même, les incisives centrale et latérale droites, sont sensibles à la percussion. Le vestibule ne présente aucune voussure appréciable et il en est de même de la muqueuse palatine. Le palper bi-digital permet de percevoir un choc en retour.

Examen radiographique :

Une radiographie exécutée en 1942 nous permet de constater déjà l'existence d'un kyste volumineux coiffant l'incisive centrale supérieure gauche et s'étendant entre les apex des incisives latérales droite et gauche jusqu'au plancher des fosses nasales.

Une nouvelle radiographie montre l'existence d'un volumineux kyste médian ovoïde dont l'extrémité inférieure vient se loger entre les apex des incisives centrales supérieures. Cette image évoque pour nous l'existence d'un kyste du canal naso-palatin.

Le 28 octobre 1946, nous procédons à l'alésage et à l'obturation des canaux des quatre incisives suivis d'une radiographie de contrôle. Le 29 octobre 1946, l'intervention a lieu en clinique. Sédol et anesthésie locale. Voie d'abord vestibulaire par une incision centrée sur la ligne médiane.

La table osseuse externe est intacte et assez épaisse. Elle est trépanée à la gouge dans toute la région qui répond aux apex des incisives. Derrière cette table externe, la poche kystique se montre excessivement mince et bleutée. La ponction retire un liquide mucoïde absolument comparable à celui d'une grenouillette. L'extirpation de ce kyste est entreprise. La cavité est de la



taille d'une noix et demie. Le sinus et les fosses nasales refoulés par le kyste en sont entièrement indépendants. La voûte palatine n'est déhiscente que dans la région de la papille palatine.

Le liquide kystique étant entièrement vidé, la paroi postérieure de la poche est si fine que l'on a tout d'abord l'impression qu'il n'y en a pas. En réalité, à l'aide d'un décolleur nasal très fin, on peut isoler de l'os cette membrane absolument comparable à la pellicule qui tapisse la face profonde d'une coquille d'œuf. Les apex des quatre incisives sont sectionnés (les canaux étant obturés). Application de chlorure de zinc dans la cavité. Mèche iodoformée. Fermeture partielle.

Le 5 novembre 1946, les fils sont retirés.

Nous retiendrons de cette observation le fait que ce kyste était totalement indépendant des dents qu'il coiffait, que son image radiographique était caractéristique et la minceur de sa paroi remarquable.

OBSERVATION IV

(Rapportée par le professeur DECHAUME
dans la *Revue de Stomatologie* de 1934)

Monsieur R..., âgé de trente-neuf ans, se présente à la consultation de stomatologie de l'hôpital Saint-Louis le 27 avril 1933. Depuis deux ans, sa lèvre supérieure a augmenté de volume progressivement avec un léger ébranlement des incisives. Le dentiste consulté a extrait la canine et les deux prémolaires supérieures droites infectées ainsi que la canine et la première prémolaire supérieure gauche également infectées. Puis il a ouvert au thermocautère la tuméfaction, ce qui a donné issue à un liquide jaunâtre. Depuis, tout était rentré dans l'ordre. Il y a quelques mois, la tuméfaction s'est reproduite dans le vestibule et le palais. Actuellement, la face est déformée par une saillie sous-nasale de la lèvre supérieure sans modification de couleur des téguments. A la palpation indolore, on se rend compte qu'elle atteint le plancher des fosses nasales.

Dès l'ouverture de la bouche, on retrouve dans le vestibule cette tuméfaction recouverte par une muqueuse de coloration normale. Elle descend jusqu'à un centimètre du collet des incisives. La voûte palatine est également soulevée par une saillie arrondie de deux à trois centimètres de diamètre à un centimètre en arrière du collet des incisives. La palpation révèle une consistance rénitente; au palper bi-manuel, on se renvoie le liquide du palais vers le vestibule et inversement. Les dents antérieures restant sur l'arcade sont saines et solidement implantées. Il n'existe pas de culs-de-sac pyorrhéiques.

Les dents réagissent aux agents thermiques, sauf l'incisive centrale supérieure gauche(celle-ci trépanée pour vérifier sa sensibilité, la fraise réveille une douleur dentinaire. La dent est obturée aussitôt). Une radiographie confirme l'existence d'un

kyste du volume d'une noix dont l'image rappelle celle d'un cœur à pointe inférieure. La séparation entre les deux lobes correspond à la cloison nasale.

Le 27 avril, l'intervention a lieu sous anesthésie locale complétée par un tampon de cocaïne dans les fosses nasales. Incision vestibulaire en U. Enucléation. Suture. L'examen chimique ne révèle pas de cholestérol.

L'examen histologique donne : kyste à revêtement épithélial pavimenteux.

OBSERVATION V

(Rapportée par GRETHER

dans la *Revue de Stomatologie* de décembre 1949)

En juin 1949, un homme de cinquante ans consulte pour une tuméfaction du maxillaire supérieur dans la région incisive. Cette tuméfaction bombe dans le sillon gingivo-jugal en avant, et s'étend loin en arrière dans la région palatine où elle forme une voussure ayant le volume d'une demi-coque de noix régulièrement arrondie et répartie également de chaque côté de la ligne médiane. Le malade, d'apparence saine et robuste, a vu apparaître cette tuméfaction depuis de longues années mais, n'en éprouvant aucune douleur, a négligé de consulter. Depuis quelques semaines, cette masse le gêne sous la lèvre et dans le palais. Aucun antécédent pathologique ou traumatique n'étant à retenir, notre examen porte sur la tuméfaction. Du côté vestibulaire, la masse donne, lorsqu'on la palpe, la sensation classique de crépitation parcheminée. Par contre, du côté palatin, on a nettement l'impression d'une masse liquide qui se laisse refouler aisément et sous laquelle on sent très bien la périphérie osseuse de la partie du squelette détruit comme à l'emporte-pièce. Cette palpation n'est pas douloureuse. Un examen rhinoscopique antérieur ne révèle rien de particulier.

L'investigation du point de vue dentaire montre deux incisives centrales supérieures plus foncées que leurs voisines. Les angles méiaux sont rapprochés tandis que l'espace inter-dentaire normal paraît élargi. Ces dents n'accusent aucune sensibilité spé-

ciala à la palpation ni à la percussion. Elles sont peu mobiles et absolument insensibles aux variations thermiques. La radiographie révèle une vaste formation kystique en forme de cœur de carte à jouer dont la pointe inférieure s'insinue entre les deux incisives. Le fond de la poche remonte loin en arrière. Les bords latéraux engainent les apex des incisives centrales, justifiant la mortification de ces dents et, par conséquent, la perte de leur sensibilité. Les apex des incisives latérales ne sont pas encore intéressés par la paroi marginale du kyste.

Intervention par voie vestibulaire. Clivage malaisé au contact de la fibro-muqueuse palatine. Les incisives centrales ne présentant plus de support osseux pour les maintenir ont été sacrifiées.

OBSERVATION VI

(Rapportée par le professeur DECHAUME
dans la *Revue de Stomatologie*, 1935)

M. L..., âgé de trente-six ans, consulte à l'hôpital Saint-Louis le 3 mai 1934, pour une tuméfaction palatine dont il a constaté l'existence il y a trois mois environ en même temps qu'il ressentait de légères douleurs. Il aurait eu quelques épistaxis. La première fois que nous le voyons, la face n'est pas déformée. Soulevant la lèvre supérieure, on découvre dans le vestibule une petite tuméfaction très haut située, à l'insertion du frein qu'elle soulève.

La muqueuse a une coloration normale. La consistance est rénitente. Sur la voûte palatine, à un centimètre en arrière du collet des incisives, il y a aussi une tuméfaction ovoïde de 2 cm. et demi de long sur 1 cm. et demi de large. La consistance est rénitente, la muqueuse a une coloration normale. Appuyant avec un doigt sur la saillie palatine, si on place un doigt de l'autre main sur la tuméfaction vestibulaire, on se renvoie le liquide de l'un à l'autre.

Toutes les dents sont présentes sur l'arcade et saines, seules la première prémolaire droite ainsi que la première molaire droite ont été extraites. Les incisives, en particulier, ont gardé leur vitalité.

La radiographie montre un kyste médian ovoïde dont la petite extrémité s'insinue entre les racines¹ des deux incisives centrales. La ponction ramène un liquide jaune foncé renfermant des paillettes de cholestérine.

L'examen bactériologique donne : streptocoques.

L'examen chimique donne 5 gr. par litre de cholestérine.

Le 12 juillet 1934 a lieu l'intervention sous anesthésie locale. Ce kyste possédait un revêtement épithélial pavimenteux entouré d'un stroma conjonctif dense.

OBSERVATION VII

(Rapportée par LACRONIQUE
à la *Société de Stomatologie*, mars 1942)

Il s'agit d'un homme de quarante-trois ans, agent de police, qui présente depuis une dizaine d'années une tuméfaction palatine médiane dans sa partie antérieure, de la grosseur d'un œuf de pigeon, liquide, qui s'ouvrit plusieurs fois et récidivait.

Ayant consulté un spécialiste, il recula devant l'intervention proposée qui devait se faire par voie vestibulaire au-dessus des incisives. Suivi à l'hôpital Tenon à intervalles très irréguliers depuis 1933, la collection liquide ne se reforma plus depuis une large ouverture pratiquée au galvano-cautère en 1938.

Les radiographies faites à plusieurs reprises montrent l'image classique d'un kyste médian intra-osseux piriforme dont la pointe se trouve entre les images des incisives centrales.

Les six dents antérieures sont vivantes. Actuellement, il n'existe plus de manifestations cliniques, sauf un orifice fistuleux difficile à trouver entre les papilles du palais et qui laisse pénétrer une sonde sur plus de deux centimètres de longueur.

OBSERVATION VIII

(Rapportée par ROY dans la *Revue de Stomatologie*, 1944)

Le 2 octobre 1943, M. C..., rapatrié sanitaire, venait consulter en stomatologie à l'hôpital militaire de Marseille pour une fistule siégeant sur le raphé palatin médian, à un centimètre en

arrière de l'arcade dentaire, par laquelle s'écoulait à intervalles irréguliers un mélange de sang et de pus. Cette fistule apparut après un épisode inflammatoire aigu survenu en 1940, constitué par une tuméfaction palatine douloureuse accompagnée d'œdème de la lèvre supérieure. Tout s'était terminé par la fistulisation au niveau cité plus haut. Un curetage effectué en juin 1943, par un chirurgien-dentiste, n'avait apporté aucune amélioration. A l'examen, la voûte palatine ne présente aucune modification de forme ni de coloration. A l'aide d'un stylet mousse ordinaire, on pénètre aisément par la fistule dans une cavité de la grosseur d'une cerise sans percevoir de contact osseux.

Il s'écoule une sérosité hématique parsemée de grumeaux jaunâtres. A part l'absence de l'incisive latérale supérieure gauche extraite il y a dix ans pour carie, les dents de l'arcade dentaire supérieure sont intactes, leur vitalité est positive. Une radiographie film mordu, incidence Belot, montre une zone de raréfaction osseuse circulaire de la dimension d'une pièce de un franc à bords nets, centrée sur la ligne palatine médiane; la racine de l'incisive centrale supérieure droite semble distalée alors que la racine de l'incisive centrale supérieure gauche semble plonger dans la cavité kystique. Une radiographie film intra-buccal ordinaire fait croire que les apex des deux incisives centrales plongent dans la cavité kystique. Une radiographie stéréoscopique aurait montré la situation exacte du kyste par rapport aux racines de ces deux incisives.

Pour arriver au diagnostic, il fallait éliminer : un kyste paradentaire au niveau des incisives centrales (mais elles sont vivantes) ou des débris épithéliaux persistant après l'avulsion de l'incisive latérale supérieure gauche (mais la topographie de l'image radiographique ne permet pas de s'y arrêter). Un kyste de la papille incisive ne donnant pas d'image de raréfaction osseuse, est éliminé.

Il restait le diagnostic de kyste du canal naso-palatin.

L'intervention est pratiquée le 6 octobre 1943.

La paroi kystique se compose d'un épithélium situé sur la face interne et recouvrant une couche de tissu conjonctivo-vas-

culaire. L'épithélium épaissi, stratifié de type malpighien prolifératif, présente l'hyperacanthose par hyperplasie des couches du corps muqueux de Malpighi avec nombreuses crêtes épidermiques et sans rupture de la basale. L'élément externe de la paroi est composé d'un tissu conjonctif en voie d'organisation mais parsemé de très abondants néo-vaisseaux du type embryonnaire avec important infiltrat d'éléments inflammatoires subaigus ou chroniques du type lymphocytaire parfois groupés en nodules.

OBSERVATION IX

(Communiquée par les docteurs THIBAUT et PARANT)

Mademoiselle V... consulte en novembre 1949 dans le service de stomatologie de l'hôpital Saint-Antoine pour une tuméfaction développée au niveau de la région incisive latérale supérieure gauche. La malade nous signale que cette tumeur s'est développée très lentement et sans douleur, mais il lui semble que la canine supérieure gauche s'est déplacée.

A l'examen, on remarque un léger soulèvement de la lèvre supérieure plus marqué à gauche. Dans le vestibule, on perçoit la tuméfaction qui se révèle rénitente à la palpation. Toutes les dents sont vivantes. Toutefois, la couronne de la canine supérieure gauche se présente très oblique. Une radiographie pratiquée révèle la présence d'un kyste situé entre l'incisive latérale supérieure gauche et la canine, kyste ayant basculé la racine de la canine qui est presque en position couchée. L'intervention a lieu le 28 novembre 1949 sous anesthésie locale et par voie d'abord vestibulaire.

L'examen histologique pratiqué par le docteur PARANT donne : revêtement malpighien cylindrique métaplasie et pavimenteux en d'autres points.

OBSERVATION X

(Communiquée par les docteurs THIBAUT et PARANT)

Madame V... consulte le 1^{er} mars 1950 dans le service de stomatologie de l'hôpital Saint-Antoine, pour une tuméfaction

vestibulaire supérieure gauche existant dans la région incisive latérale. La malade est édentée complète.

La tuméfaction a le volume d'une noix et n'est pas fistulisée. On ponctionne et on retire un liquide hématique poisseux contenant des paillettes de cholestérine. Une radiographie est alors prise qui nous révèle l'existence d'un kyste situé dans la région incisive latérale supérieure gauche.



On effectue un temps de saignement qui égale cinq minutes, ainsi qu'un temps de coagulation qui se révèle supérieur à dix-huit minutes. Le lendemain, 2 mars 1950, on procède à l'énucléation du kyste. L'intervention a lieu sous anesthésie locale. Les muqueuses nasale, sinusienne et palatine sont mises à nu mais ne sont pas lésées. On procède au méchage et on suture. Le 6 mars, on démèche et, le 8, on procède à l'ablation des points de suture.

L'examen histologique de la paroi kystique fait par le docteur PARANT montre un épithélium cylindrique stratifié distendu.

OBSERVATION XI

(Rapportée par le professeur DECHAUME
dans la *Revue de Stomatologie*, 1934)

Il s'agit d'une jeune fille de seize ans qui, lors d'un examen dentaire pratiqué le 12 avril 1933, montrait au niveau de son

vestibule supérieur droit, entre l'incisive latérale et la canine, une légère tuméfaction rénitente et indolore à la pression. L'interrogatoire révèle que la malade a ressenti depuis peu quelques douleurs dans cette région. Elle n'a pas souvenir d'avoir présenté d'accidents infectieux d'origine dentaire. Sa denture est belle, l'incisive latérale et la canine sont saines (coloration, réactions thermiques normales) mais en malposition (rotation et inclinaison sur l'axe, comme si leurs racines étaient écartées l'une de l'autre). Signalons la persistance des molaires de lait inférieures.

Le 15 juin, la malade revue n'accuse toujours aucun symptôme. La tuméfaction a peut-être légèrement augmenté, elle est moins rénitente et donne une sensation de crépitation parcheminée. Le diagnostic de kyste est confirmé par la ponction (liquide citrin) et une radiographie. Celle-ci montre une image kystique de la grosseur d'une cerise à contours nets entre l'incisive latérale et la canine supérieures droites. Celles-ci refoulées, sont dénudées sur leur face en rapport avec la cavité kystique.

Le 21 octobre, l'intervention a lieu sous anesthésie locale. L'examen histologique donne : kyste à revêtement épithélial pavimenteux entouré d'une coque fibreuse dense.

OBSERVATION XII

(Rapportée par E. CADENAT
dans la *Revue de Stomatologie*, 1932)

Il s'agit d'un enfant qui présentait une tuméfaction bi-latérale soulevant ses ailes du nez, tuméfaction de volume lentement croissant mais encore peu considérable. Ses incisives centrales et sa latérale gauche, ébréchées par un traumatisme, étaient infectées, la pulpe extraite, mais malgré toutes les tentatives de désinfection, les tuméfactions profondes persistaient, masquées cependant de temps à autre par une réaction inflammatoire de surface lorsqu'on essayait d'obturer les dents.

Un foret de Gates cassé dans la centrale droite ne facilitait pas les opérations en vue de la pose de dents à pivot. La latérale droite paraissait extérieurement saine, mais ne répondait pas aux excitations thermiques. Ce malade était adressé pour résections

apexiennes avec le diagnostic très vraisemblable d'abcès péri-apicaux. Une radiographie montrait deux zones claires nettement limitées, situées de part et d'autre de la ligne médiane, entre les racines écartées de l'incisive latérale et de la canine, les rapports avec les dents étant difficiles à délimiter mais paraissant intimes, au moins à gauche.

L'intervention a lieu sous anesthésie locale à la scurocaïne à 2 % par injections bi-latérales circonscrivant la région. On débute par le côté gauche, le plus malade. Incision horizontale au fond du vestibule, décollement à la rugine en haut et en bas, attaque à la fraise ronde n° 11, dans une zone osseuse nécrotique, découverte de l'apex de la centrale au milieu d'os infiltré de pus mais résistant à la curette, section de la racine à la fraise à fissures fines, extraction de l'apex, curettage du foyer à la fraise ronde, foyer limité et petit, alésage de la racine.

Agrandissement à la grosse fraise à fissures vers la latérale pour en rencontrer l'apex qui paraît, d'après la radiographie, devoir être tout voisin, mais, bien que mordant de toute la longueur de ses cannelures, la fraise ne rencontre aucune résistance avant la racine et ce n'est qu'en approfondissant le sillon à la fraise ronde que nous trouvons l'apex de la latérale profondément enfoui dans l'os et entouré d'une petite zone purulente. Nous le dégageons, réséquons et aléons le canal. Nous n'avons cependant encore rien trouvé qui corresponde à la grosse zone translucide sur la radiographie, à la lésion qui boursouffle l'os. Ce n'est qu'en curettant en arrière de l'apex que la fraise tombe dans une cavité d'où sort du liquide filant à paillettes de cholestérine. Nous agrandissons la brèche et, avec une curette fine, arrivons à nettoyer complètement cette cavité kystique qui, en haut, confine au plancher des fosses nasales et creuse tout le pré-maxillaire; l'aile du nez ne repose plus que sur une pellicule osseuse crépitante. Nous laissons simplement retomber la lèvre sans suture et sans autre drainage que celui produit par les canaux alésés des incisives. Pas de tamponnement. L'évidement de la partie antérieure du maxillaire est si large que nous n'osons pas opérer dans la même séance l'autre côté, pour ne pas risquer une disjonction du bloc incisif.

Trois semaines après, la cicatrisation est suffisante pour continuer. L'intervention à droite révèle les mêmes lésions. Chemin faisant, nous poussons à travers l'apex réséqué le foret de Gates entraîné par une fraise trépan. Le kyste est encore plus indépendant de la latérale droite dont le péri-apex n'est pas infecté mais que nous trépanons, vidons et réséquons cependant, puisque insensible, ce qui nous donnera du jour sur le kyste profond que, par analogie, nous supposons exister, que nous trouvons en effet et traitons comme celui du côté gauche. Réparation normale et simple.

Ainsi l'intervention a eu trois temps et a porté sur les trois lésions de chaque côté :

- 1° sur l'apex de la centrale et la zone abcédée l'entourant;
- 2° sur l'apex de la latérale et la zone abcédée l'entourant;
- 3° sur le kyste qui était anatomiquement indépendant des deux premières lésions.

OBSERVATION XIII

(Rapportée par CADENAT et LABRY
au X^e Congrès de Stomatologie, octobre 1938)

M. C..., âgé de soixante ans, ouvrier, demeurant à Toulouse, se présente le samedi 5 février 1938 à la consultation. Le malade se plaint d'une tumeur développée au niveau de sa région incisive supérieure gauche. On ne signale pas d'antécédents héréditaires ni pathologiques. À l'examen, on ne remarque pas de traumatismes. Le malade, qui a souffert des dents, a subi plusieurs extractions, son état dentaire est déficient :

7...	4321	123...	7
.....	32.		

Depuis quelques mois, cette tumeur s'est développée lentement, sans douleur, sans réaction inflammatoire bien nette et sans attirer particulièrement l'attention du malade qui ne s'en

inquiète que lorsqu'elle atteint brusquement vers l'extérieur le volume d'une noix.

A l'examen, on remarque une déformation de la lèvre dans la région médiane et un soulèvement en bloc du nez plus marqué à gauche qu'à droite. Le vestibule est rempli par une tuméfaction bleuâtre s'étendant de la ligne médiane, qu'elle dépasse vers la droite, jusqu'au niveau de la canine gauche.

Le frein est sous-tendu par la tumeur qu'il partage en un tiers droit et deux tiers gauche. La voûte palatine est soulevée par la tumeur en son centre, plutôt légèrement à gauche.

A la palpation, la tumeur est molle, peu tendue, la paroi antérieure est facilement dépressible et paraît constituée uniquement par des tissus mous sans trace de lamelles osseuses.

A l'examen intra-buccal, on remarque que l'incisive latérale et la centrale ne paraissent pas atteintes, elles sont seulement très mobiles; la latérale seule présente une carie avancée. En résumé, on a l'impression que l'on a affaire à un kyste du maxillaire supérieur qui pourrait avoir pour origine l'incisive latérale mortifiée. Cependant, on a un doute sur la nature du kyste à cause de sa couleur et de la minceur de son enveloppe. L'intervention a lieu sous anesthésie locale à la scurocaïne à 2 %; on extrait les incisives centrale et latérale, on fait une incision dans le vestibule; après relèvement de la lèvre à la rugine, on découvre la poche qui apparaît nettement bleutée et très mince.

Le décollement est impossible à faire en totalité sans perforer la poche; un liquide hématique s'en échappe sans traces de cholestérine. La poche enlevée présente des diverticules, en particulier un postérieur qui s'enfonce dans le palais sous les fosses nasales. La face interne de cette paroi ne présente pas l'aspect nacré et lisse des parois des kystes paradentaires.

Après ablation, on constate que la tumeur occupait toute l'épaisseur du bloc osseux compris entre les fosses nasales et le palais, que la muqueuse du plancher de la fosse nasale gauche est complètement à nu au plafond de la cavité. Cette dernière n'est séparée de la bouche que par la fibro-muqueuse palatine. La cavité est donc extrêmement étendue. Un tamponnement à

la mèche iodoformée par le vestibule est laissé en place quarante-huit heures. L'examen histologique fait par le docteur BAZEX donne : kyste à épithélium végétant avec très forte réaction conjonctive, l'épithélium présente des types variés, en particulier il existe un conduit bordé par un épithélium à cils vibratiles. Le canal est limité par une paroi constituée par deux couches de cellules. La plus interne est un épithélium cubique à cils vibratiles dont les noyaux sont verticaux. La plus externe est formée de cellules plus aplaties et moins volumineuses. A la périphérie, le tissu conjonctif est peu tassé et ne contient que de rares conduits glandulaires.

Cette observation nous montre que les kystes intra-osseux peuvent prendre un gros développement et que, contrairement aux kystes paradentaires, leur structure histologique est extrêmement variable.

CONCLUSIONS

I. — Dans la région incisivo-canine supérieure, à côté des kystes paradentaires banaux, des kystes paradentaires sur dents vivantes, des kystes mucoïdes du seuil narinaire (extra-osseux), il existe des kystes intra-maxillaires médians et latéraux (situés entre l'incisive latérale et la canine) indépendants des dents.

II. — Nous adopterons, pour les nommer, une terminologie donnant une notion de leur origine embryologique, de leur localisation anatomique et de leur pathogénie.

— Pour les kystes médians, l'appellation « kystes du canal naso-palatin » nous semble devoir être retenue.

En effet, des études faites par nous, il ressort que les débris épithéliaux dont la prolifération donne naissance à ces kystes ont pour origine les conduits nasopalatins, formations dont nous avons rappelé l'embryologie.

— Pour les kystes situés entre l'incisive latérale et la canine, nous adopterons les termes « kystes intra-maxillaires latéraux par inclusions épithéliales sans rapport avec la lame dentaire ».

III. — Ces kystes naissent aux dépens d'inclusions épithéliales — type muqueuse buccale ou type muqueuse respiratoire — existant soit le long du canal naso-palatin, soit dans la région située entre l'incisive latérale et la canine.

IV. — Leur évolution ressemble à celle des kystes paradentaires par sa lenteur, son insidiosité et sa béli-

gnité, mais la vitalité des dents voisines reste, dans la règle, intacte.

V. — La ponction donne : dans les kystes du canal naso-palatin comme dans les kystes intra-maxillaires latéraux, un liquide kystique le plus souvent privé de paillettes de cholestérine.

VI. — La radiographie donne une image nette, non péri-apicale, mais toujours latéro-radiculaire s'étendant plus ou moins entre les apex des dents voisines et vers le plancher des fosses nasales.

VII. — L'examen histologique montre : dans les kystes du canal naso-palatin, comme dans les kystes intra-maxillaires latéraux :

- soit un revêtement épithélial pavimenteux type muqueuse buccale;
- soit un revêtement épithélial cylindrique cilié type muqueuse respiratoire.

Rappelons toutefois que des types histologiques intermédiaires peuvent être observés et insistons sur le fait que la diversité des épithéliums rencontrés sur la paroi de ces kystes est une des caractéristiques qui les distinguent des autres variétés.

VIII. — Nous attirerons l'attention sur le fait que, dans certains cas, l'indépendance de ces kystes des lésions dentaires n'est qu'anatomique, l'infection de voisinage pouvant être la cause déterminante de la prolifération des débris épithéliaux.

IX. — Leur traitement est l'énucléation en ménageant les pédicules vasculo-nerveux des dents, ainsi que les nerfs naso-palatins. Ce traitement, effectué assez précocement, sera toujours suivi de la guérison définitive.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
GIROUD

Vu et Permis d'Imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

- ANDERS (F.). — Contribution à l'étude des kystes du canal incisif. (*Zahnartzliche Rundschau*, décembre 1933.)
- AREY. — Developmental Anatomy, 1947.
- BLUM (Theodor). — Cysts in the Jaw. (*Journal of the American Dental Association*, 1929.)
- CADENAT (E.). — Embryogénie et pathogénie du bec-de-lièvre. (*Thèse*, Toulouse, 1924.)
- Embryologie de la bouche et de la face. (*Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 1939.)
- CHATELLIER. — Kystes par rétention glandulaire de la partie antérieure des fosses nasales. (*Bulletin de la Société de Laryngologie*, Paris, 1892.)
- DECHAUME (M.). — Précis de stomatologie.
- ELLENBERGER (W.). — Handbuch der Vergleichenden Anatomie der Haustiere, Berlin, 1906.
- EULER. — Die entzündung der papilla incisiva und der canalis naso palatinus. (*Deutsche Zahnartzliche Wochenschrift*, 1928.)
- GIROUD et LELIÈVRE (A.). — Eléments d'embryologie.
- HAMY. — L'os intermaxillaire de l'homme. (*Thèse*, Paris, 1868.)
- HANENSTEIN (K.). — Die entzündlichen erkrankungen in canalis naso palatinus. (*Deutsche Zahnartzliche Wochenschrift*, 1929.)

- HARNISCH (H.) et MULLER. — Zur Kasuistik und Operationsmethodik der Cysten des Ductus naso palatinus. (*Zahnärztliche Rundschau*, 1950, 243-244.)
- JAKUES. — Les kystes mucoïdes congénitaux du seuil narinaire. (*Presse Médicale*, juin 1933.)
- KEITH (Arthur). — Human Embryology and Morphology, 1948.
- LEBENSART (Idel). — Kystes du maxillaire supérieur par inclusions épithéliales. (*Thèse*, Paris, 1934.)
- LEBOUCQ. — Canal naso-palatin chez l'homme. (*Archives de Biologie Belge*, 1881.)
- MALASSEZ et GALIPPE. — Débris paradentaires. Edition Masson, 1910.
- MORAL (Hans). — (*Die Fortschritte der Zahnheilkunde*, février 1933.)
- NORBERG (Olof). — Zur Kenntnis vom Stenonschen gange beim Menschen. (*Zeitschrift für Anat. Forschung*, 22, 1930.)
- OLIVIER (E.). — Anatomie de la tête et du cou.
- PETER (K.). — Entwicklung der Nase und des Gaumens beim Menschen, 1913.
- PIERSOL. — Human Anatomy, Philadelphie, 1916.
- POIRIER. — Traité d'anatomie.
- PSAUME (J.). — Contribution à l'étude du squelette du bec-de-lièvre et de la division palatine non opéré. (*Thèse*, Paris, 1950.)
- RUSHTON. — A cyst in the median palatine suture. (*British Dental Journal*, 1930.)
- SACQUÉPÉE. — Kystes séro-muqueux du seuil narinaire. (*Thèse*, Paris, 1939.)
- SCHROFF (Joseph). — Unusual cysts of the maxilla. (*Dental Items of Interest*.)
- Cysts in the incisor canal. (*Journal of Dental Research*, décembre 1930.)

SICHER TANDLER. — Anatomie für Zahnartz, 1928.

THIBAUT (R.) et PARANT (M.). — Petite chirurgie de la bouche, 1949.

THOMA (Kurth H.). — (*International Journal of Orthodontia and Oral Surgery*, vol. 23, n° 1, 1937.)

WILD (H.). — (*Dental Items of Interest*, 1930.)

WILLIGER. — Gesichtspaltenzysten. (*Deutsche Monatschrift für Zahnheilkunde*, 1918.)



TABLE DES MATIERES

	PAGES
Historique	13
Clinique et diagnostic	15
Anatomie pathologique	21
Notions embryologiques	27
Théories pathogéniques	41
Traitement	43
Observations	47
Conclusions	63
Bibliographie	65